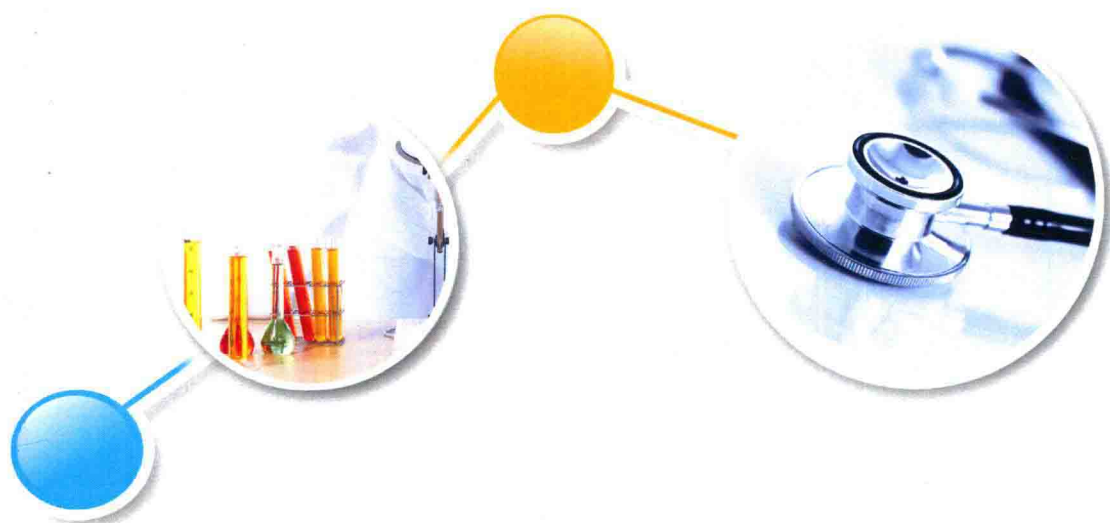


LINCHUANG NEIKE
JIBING ZHENDUAN YU HULI

临床内科 疾病诊断与护理

主编◎徐炳福 刘 兰 郭香丽 侯红艳 吴德峰

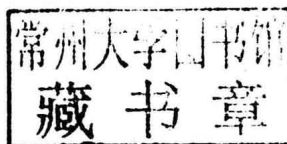


云南出版集团公司
云南科技出版社

LINCHUANG NEIKE
JIBING ZHENDUAN YU HULI

临床内科 疾病诊断与护理

主编◎徐炳福 刘 兰 郭香丽 侯红艳 吴德峰



云南出版集团公司
云南科技出版社

·昆明·

图书在版编目 (C I P) 数据

临床内科疾病诊断与护理 / 徐炳福等主编. -- 昆明:
云南科技出版社, 2014.8

ISBN 978-7-5416-8379-4

I. ①临… II. ①徐… III. ①内科-疾病-诊疗②内
科-疾病-护理 IV. ①R5②R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 187579 号

责任编辑:张向清 叶佳林

封面设计:王 欣

责任印制:翟 苑

责任校对:叶水金

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码:650034)

济南新广达图文快印有限公司印刷 全国新华书店经销

开本:787mm×1092mm 1/16 印张:22.5 字数:522 千字

2014 年 8 月第 1 版 2014 年 8 月第 1 次印刷

定价:50.00 元

编委会名单

主 编

徐炳福(东营市第二人民医院)

刘 兰(东营市第二人民医院)

郭香丽(广饶县中医院)

侯红艳(东营市第二人民医院)

吴德峰(广饶县稻庄镇卫生院)

前言

内科学在临床医学中占有极其重要的位置,它是临床医学各科的基础学科,所阐述的内容在临床医学的理论和实践中有其普遍意义,是学习和掌握其他临床学科的重要基础。它涉及面广,包括呼吸、循环、消化、泌尿、造血系统、内分泌及代谢、风湿等常见疾病以及理化因素所致的疾病。内科学与外科学一起并称为临床医学的两大支柱学科,为临床各科从医者必须精读的专业。

本书主要由两部分内容组成,第一部分介绍了临床内科常用诊疗技术及护理措施,第二部分介绍了临床常见的内科疾病,按照呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统等划分,分别介绍了系统下临床常见的内科疾病的概述、发病原因、临床表现、诊断方法、治疗方案以及护理措施。希望本书能够对医学院校的在校生、医学从业人员有一些帮助。

第一篇 内科常用诊疗技术及护理

第一章 呼吸系统疾病常用诊疗技术及护理	003
第一节 体位引流	003
第二节 纤维支气管镜检查	004
第三节 胸膜腔穿刺术	009
第四节 呼吸机	013
第二章 循环系统疾病常用诊疗技术及护理	026
第一节 心脏电复律	026
第二节 人工心脏起搏	028
第三章 消化系统疾病常用诊疗技术及护理	033
第一节 胃镜检查	033
第二节 结肠镜检查	038
第三节 双气囊三腔管	039
第四节 腹腔穿刺术	043
第四章 泌尿系统疾病常用诊疗技术及护理	048
第一节 腹膜透析	048
第二节 血液透析	051



第二篇 内科常见疾病

第五章 呼吸系统疾病	059
第一节 上呼吸道感染	059
第二节 急性气管支气管炎	061
第三节 慢性支气管炎	064
第四节 金黄色葡萄球菌肺炎	066
第五节 支气管肺炎	068
第六节 大叶性肺炎	070
第七节 间质性肺炎	073
第八节 支气管扩张	076
第九节 支气管哮喘	079
第十节 慢性阻塞性肺疾病	083
第十一节 肺栓塞	087
第十二节 重症哮喘	091
第十三节 重症急性呼吸综合征	095
第十四节 呼吸衰竭	098
第十五节 肺结核	100
第十六节 肺脓肿	102
第十七节 气胸	105
第六章 循环系统疾病	110
第一节 心绞痛	110
第二节 静脉炎	114
第三节 室内传导阻滞	117
第四节 动脉导管未闭	119
第五节 房间隔缺损	122

第六节	室间隔缺损	125
第七节	高血压	128
第八节	动脉粥样硬化	137
第九节	冠心病	139
第十节	慢性肺源性心脏病	144
第十一节	风湿性心脏病	148
第十二节	慢性心力衰竭	152
第十三节	急性心力衰竭	155
第十四节	心肌梗死	158
第十五节	心脏性猝死	163
第十六节	心脏瓣膜病	169
第十七节	病毒性心肌炎	171
第十八节	心肌病	173
第十九节	急性心包炎	179
第二十节	缩窄性心包炎	183
第二十一节	感染性心内膜炎	185
第七章	消化系统疾病	190
第一节	慢性胃炎	190
第二节	急性胃炎	192
第三节	胃溃疡	195
第四节	消化道出血	199
第五节	胃下垂	203
第六节	病毒性肝炎	207
第七节	肝硬化	211
第八节	胆囊炎	217
第九节	急性胰腺炎	219



第十节	慢性胰腺炎	223
第十一节	急性肠炎	226
第十二节	结肠炎	227
第十三节	急性腹膜炎	229
第八章	神经系统疾病	234
第一节	短暂性脑缺血发作	234
第二节	脑动脉硬化症	236
第三节	脑梗死	239
第四节	脑栓塞	251
第五节	脑出血	254
第六节	高血压脑病	257
第七节	颅内动脉瘤	261
第八节	脑血管畸形	262
第九节	颅内静脉窦血栓形成	264
第十节	急性脊髓炎	266
第十一节	癫痫	269
第九章	泌尿系统疾病	273
第一节	泌尿系统感染	273
第二节	尿路梗阻	276
第三节	尿路结石	278
第四节	肾性水肿	280
第五节	肾性高血压	281
第六节	慢性肾小球肾炎	286
第七节	肾盂肾炎	289
第八节	肾衰竭	292

第十章 血液和造血系统疾病	302
第一节 缺铁性贫血	302
第二节 再生障碍性贫血	304
第三节 特发性血小板减少性紫癜	307
第四节 过敏性紫癜	310
第五节 白血病	313
第六节 血友病	317
第七节 弥散性血管内凝血	321
 第十一章 内分泌系统和代谢疾病	 323
第一节 甲状腺功能亢进	323
第二节 甲状腺功能减退	325
第三节 甲状腺炎	327
第四节 糖尿病	330
第五节 肥胖症	335
第六节 痛风	341
第七节 高脂血症	343
第八节 低血糖症	345
 参考文献	 348



第一篇 内科常用诊疗技术及护理

第一章 呼吸系统疾病常用诊疗技术及护理

第一节 体位引流

一、概述

体位引流是指对分泌物的重力引流,应配合使用一些胸部手法治疗。如拍背、震颤等,多能获得明显的临床效果。治疗者可参照 X 线胸片跟踪肺内分泌物的方法,并通过血气分析监测肺内分泌物清除效果,提供氧合的客观数据。

二、目的

主要促进脓痰的排出,使病肺处于高位,其引流支气管的开口向下,促使痰液借重力作用,顺体位引流气管咳出,有助于痰液的引流。

三、操作方法及步骤

1.根据病变部位采取不同姿势作体位引流。如病变在下叶、舌叶或中叶者,取头低足高略向健侧卧位;如位于上叶,则采取坐位或其他适当姿势,以利引流。

2.引流时,嘱患者间歇做深呼吸后用力咳嗽,护理人员用手轻拍患者胸或背部,自背下部向上进行,直到痰液排尽,或使用机械震动器,将聚积的分泌物松动,并使其移动,易于咳出或引流。每日 3~4 次,每次 15~30min。

四、适应证

体位引流可用于分泌物或细胞滞留引起的大块性肺不张,结构异常而引起分泌物聚集,长期无法排出;由于用力呼气受限而无力排出分泌物的患者急性感染时;或咳嗽无力;支气管碘油造影检查前后。

五、注意事项

- 1.引流应在饭前进行,一般在早晚进行,因饭后易致呕吐。
- 2.说服患者配合引流治疗,引流时鼓励患者适当咳嗽。
- 3.引流过程中注意观察患者,有无咯血、发绀、头晕、出汗、疲劳等情况,如有上述症状应随时终止体位引流。
- 4.引流体位不宜刻板执行,必须采用患者既能接受,又易于排痰的体位。

六、禁忌证

- 1.年迈及一般情况极度虚弱、无法耐受所需的体位、无力排出分泌物。
- 2.抗凝治疗。

3.胸廓或脊柱骨折、近期大咯血和严重骨质疏松。

七、护理

- 1.根据病变部位采取不同的体位,使病肺处于高位,其引流支气管开口朝下。
- 2.引流时轻拍背部,可嘱间歇深呼吸后进行咳嗽,痰液黏稠者,引流前用生理盐水雾化吸入。
- 3.引流过程中应观察病情,若患者出现咯血、头晕、发绀及呼吸困难等现象,应立即停止。
- 4.引流宜在饭前进行,以免饭后引流导致呕吐,引流时间每次 15~20min,每日 2~3 次。

第二节 纤维支气管镜检查

纤维支气管镜适用于做肺叶、段及亚段支气管病变的观察,活检采样,细菌学、细胞学检查、配合 TV 系统可进行摄影、示教和动态记录。该支气管镜附有活检取样机构,能帮助发现早期病变,能开展息肉摘除等体内外科手术,对于支气管、肺疾病研究,术后检查等是一种良好的精密仪器。纤维支气管镜发明后已广泛应用于临床。除在呼吸系统疾病诊断方面取得很大进展之外,在治疗方面也得到广泛应用,现简述如下。

一、用途

1.摘取异物

由于异物种类繁多,有金属的,有植物,也有动物骨头,在摘取时,要选择合适的异物钳。病情危重时,特别是 7 岁以下小儿要在手术室内全麻下进行,并有 SaO_2 监测才可。金属异物,如大头针跌到段支气管、亚段支气管以下时,要有 X 线或 TV 引导下进行摘除。手术中,操作要求小心、迅速,防止出血、纵隔气肿、外伤性气胸、窒息及心脏停搏。术后观察有无继发呼吸道及肺部感染或出血,小儿要观察气道是否通畅,由于手术过程中可引起气管、支气管黏膜破损出血、炎性分泌物渗出等,要经常吸痰并用血氧仪监护,防止气管分泌物过多或声带水肿而发生窒息。

2.清除分泌物

慢性呼吸衰竭患者呼吸道、肺部感染未控制者,由于多量分泌物阻塞气道使病情加重,加上患者咳嗽无力,从鼻或口腔吸痰不能达到彻底清除分泌物的目的,这时要使用纤支镜直视下把气道分泌物抽吸干净。

各种原因引起呼吸衰竭的患者,气管插管人工通气后,由于湿化不够,气道干燥,气道分泌物黏稠,引流不畅阻塞气道,使气道阻力加大,人工通气效果不好,这时要定期用纤支镜吸痰,加强气道湿化管理等。

肺部手术后患者由于渗血、出血与气道内分泌物集聚阻塞患侧或健侧气道,可造成肺不张,如不及时清除气道分泌物,可使病情加重,直接威胁病者生命,这时要立即用纤支镜清除气道分泌物,进行抗感染治疗并加强气道管理。

3.支气管肺泡灌洗

(1)BAL 治疗呼吸衰竭:国内已有多家医院用 BAL 对呼吸衰竭进行治疗,在常规方法治疗不能奏效时采用此法治疗,病情可得到改善。灌洗用的液体通常用灭菌消毒的生理盐水加入对气道无刺激的抗生素或皮质激素,每次 30 ~ 50ml,注入后再以 13.3 ~ 26.6kPa 压力抽吸,重复

数次,左右侧交替灌洗、抽吸,然后注入抗生素。多数医院通过此 BAL 治疗后患者 PaCO_2 下降,神志清醒。

(2)BAL 治疗肺部感染性疾病:严重肺部感染如支气管扩张症、肺化脓症、肺炎等由于支气管黏膜充血、肿胀及脓性分泌物增加,引流支气管被阻塞,全身用药局部难以达到有效药物浓度,感染往往难以控制,用 BAL 治疗使传统方法难以治疗的患者经治疗后大多数病例获得满意效果,严重感染者慎用。在抗生素方面,根据细菌培养的药敏检查报告,选用青霉素、先锋 V、头孢呋辛、头孢他啶及妥布霉素等,此外加入适量地塞米松。BAL 治疗频度,每周予以 2~3 次为宜。

(3)BAL 治疗肺结核:国内有学者对痰中找到结核菌确诊的各型活动肺结核,对其中初治病例和复治病例进行全身抗结核治疗局部 BAL 治疗,1 个月后,X 线显著吸收为 60%以上,比口服化疗药治疗 3 个月、6 个月的疗效要好,而痰菌阴转率达到了口服化疗药治疗的效果,其中复治病例的病灶吸收显效率明显高于文献中口服半年化疗药物的复治病例组。

(4)BAL 治疗支气管哮喘:有人对哮喘持续状态 1 个月以上者,以大量肝素行 BAL 治疗,有效率达 90%以上,有人用生理盐水进行 BAL 治疗,取得一定效果。但不少学者认为哮喘持续状态患者由于黏液栓和大范围通气不足易引起严重的低氧血症,此种黏液栓可通过盐水经支气管吸出。有人认为此法有一定危险性,对治疗的患者要有条件地进行选择,通常在监护病房内,由训练有素的医生进行操作。

(5)BAL 治疗肺不张:肺不张多发生在右中叶及左舌叶,也有发生在其他肺叶。对于右中叶炎性引起肺不张,时间在 2 个月以内者用 BAL 方法治疗多可奏效。时间超过 2 个月以上者仅部分有效。抽吸之后向局部注入抗生素。

(6)BAL 治疗尘肺:通过 BAL 中的全肺灌洗来对尘肺急性期进行治疗,国内已有数家医院在进行此项治疗研究,有很好的成功经验。

(7)BAL 治疗肺泡蛋白沉着症:早在 1963 年 Ramirez 首次给肺泡蛋白沉着症患者用大量液体进行 WLL,这是在全麻下进行,灌入液体量大,至今为止尚未制定出统一标准。经 WLL 治疗后能改善患者症状。

(8)BAL 治疗吸入放射性微粒及其他疾病:应用 BAL 中的 WLL 进行清除肺内放射性物质,在进行狗和狒的研究中,确定了 WLL 的清除效果。

4. 注药治疗肿瘤

(1)治疗鼻咽癌。对鼻咽癌放射治疗后复发的患者,采用经纤支镜直视下,对鼻咽顶部复发病灶用纤支镜注射针向 NPC 病灶内注入 5-Fu,每周注射 2~3 次,共注射 6 次,2 个月后鼻咽顶部的癌性病灶完全消失。如果新患者,用此法加上放射治疗,效果较好。

(2)治疗中央型肺癌。对于不能手术的病者,经纤支镜直视下,向肿瘤组织中注射 5-Fu,每周 2~3 次并加用放射治疗,可使肿瘤缩小,使气道阻塞改善,可改善通气功能。

(3)治疗肺泡细胞癌。对于肺泡细胞癌患者,特别是双肺罹患此症者,除施用全身化疗外,局部使用大剂量 5-Fu 或 DDP 灌注治疗,尤其当患者全身情况差,不能耐受全身化疗者可用此方法治疗。常规纤支镜检查,如气道内有多量分泌物时,可抽吸,必要时用类似 BAL 方法灌洗抽吸后,向一侧肺各叶支气管注入抗癌药物,每周 2~3 次,每次注入药物剂量约为全身化疗每



次用量的1~2倍,注药后应用止呕剂及镇静剂。

5.食管瘘

瘘孔非肿瘤引起,孔洞约0.3cm以下多可“修补”成功。有人用过的药物有:10%硝酸银、黏合剂、速高捷、纤维蛋白胶等。

6.咯血治疗

有人曾用无水酒精注射至出血部位。常用药物如巴曲酶可注射到出血部位,也可静脉推注,止血效果肯定。再有可用高频电刀通过纤支镜止血,也可用导管气囊止血,也可用气管插管插入气管打胀气囊起到止血作用。

7.治疗阻塞

现常用YAG激光和Nd-YAG激光治疗肺癌,也可以治疗良性肿瘤及炎性肉芽肿等。

8.微波治疗肺癌

有人对中心型肺癌有气道阻塞症状又不适于手术者或手术后复发者,用微波治疗机加温同时加用放射治疗,增强了疗效,另有通过纤支镜进入气道,可对中心型肺癌、良性疾患进行切割治疗类似高频电刀作用,切割面碳化程度比微型电刀小。

9.冷冻治疗肺癌

多通过金属气管镜治疗气管或左右主支气管的恶性肿瘤同时加用放射治疗,降温是用CO₂气体,低温的气体连接探头可伸入气管对恶性肿瘤进行治疗。

10.治疗结核

在应用全身的化疗治疗外,局部应用在病灶处注药、微型电刀切割治疗,以及“支架置放”多种方法进行治疗。

11.气管插管

常用于协助麻醉插管,呼吸衰竭患者的人工通气以及对支气管哮喘的哮喘持续状态的治疗。

12.置放胃管

常用于神志不清患者,全身及较大面积烧伤患者,许多内、外科危重患者,不能进食而需胃肠道补给营养者。

二、适应证

- 1.不明原因的咯血、血痰、长期顽固性咳嗽、声带麻痹和气道阻塞需明确诊断和出血部位者。
- 2.胸部X线检查发现块影,阻塞性肺炎及肺不张,或痰瘤细胞阳性而胸片无异常者。
- 3.诊断不明的支气管、肺脏疾患,需作支气管活检或肺活检者。
- 4.肺叶切除前后检查,以确定手术切除范围和判断手术效果。
- 5.需作叶、段支气管选择性碘油造影。
- 6.协助吸痰排除呼吸道分泌物,取出气管内较小异物;向病变的肺叶或肺段支气管内注药。

三、禁忌证

- 1.上呼吸道及肺部急性炎症:晚期肺结核或喉结核。
- 2.心肺功能不全,严重高血压、体力极度衰竭,主动脉瘤及严重出血倾向或凝血障碍。
- 3.新近有支气管哮喘或正在大咯血者,宜在缓解后两周进行检查,喉及气管有狭窄,且呼吸困难者。

四、术前准备

- 1.了解病史、复习胸片,向患者说明注意事项以取得配合。
- 2.术前禁食 4h。
- 3.术前半小时肌注阿托品 0.5mg 或同时肌注安定 5~10mg,取下活动假牙。
- 4.各有氧及必需的急救品。

五、操作要点

1.用 1% 丁卡因喷雾鼻腔、咽部、声门,间歇 5~10min,连续 3 次,1%利多卡因 5ml 作环甲膜穿刺注入,检查过程中,还可用 0.5% 丁卡因在喉头、气管、左右支气管及活检部位滴入。

2.患者一般取仰卧位,术者在窥视下由鼻孔插入,看清声门,待声门开大时将支气管镜送入气管,徐徐前进,先查健侧后查病侧,及时吸出呼吸道分泌物,在看清病变的部位范围及形态特征后,可以照相及采取活体组织,或用细胞刷刷取分泌物及脱落细胞,制成薄片,立即送检。

3.如有大出血,局部滴 1:2000 2ml 左右肾上腺素,止血后方可取镜。

4.密切观察全身状况,必要时给氧。

六、术后处理

- 1.术后禁食 2h。
- 2.术后有声嘶及咽部疼痛者,可予蒸气吸入。
- 3.一般不用抗生素,若肺活检或术后发热,可适当应用抗生素。

七、并发症的预防和护理

纤支镜术主要并发症发生率为 1.5%,以咯血、喉、支气管痉挛,术后发热,鼻衄常见。其他如肺炎、气胸、心脏和脑血管意外、麻醉药过敏则极少见。

1.术前准备

(1)病情调查:详细询问患者过敏史、支气管哮喘史及基础疾病史,备好近期 X 线胸片、肺部 CT 片、心电图、肺功能报告。肺功能差者应行动脉血气分析。高血压病、冠心病、大咯血急性期、危重患者或体质极度衰弱者,应慎行操作。如有镜检必要,必须心电监护,在吸氧状态下进行。有凝血机制障碍或有出血倾向者,严重缺氧者氧疗后,近期心肌梗死、严重心律失常者应禁忌检查。

(2)心理护理:由于多数患者缺乏对纤支镜术的了解,易产生恐惧心理和出现紧张情绪。因此,既要向患者详细介绍纤支镜术对疾病诊断和治疗的必要性和安全性,又要向家属讲明术中、术后可能出现的并发症,耐心细致地做好解释工作,以取得患者良好的配合。必要时可让家属陪伴身旁予以心理支持。

(3)药品、器械的准备:备好急救药品、氧气、开口器和舌钳,检查活检钳有无松动、断裂,纤支镜镜面及电视图像是否清晰,确保心电监护仪、吸痰器性能良好,必要时备好人工复苏器。

(4)患者准备:术前禁食、禁饮水 4h,术前 30min 肌注阿托品 0.5mg,以减少支气管分泌物,防止迷走神经反射和减弱咳嗽反射。精神紧张者肌注安定 10mg,避免使用呼吸抑制剂如吗啡、哌替啶等。选择麻醉效果好、安全界限较广、中毒现象较少的表面麻醉剂,用 2%利多卡因喷雾鼻腔、咽喉部。麻醉时,嘱患者张口吸气,喷 3~4 次,剂量约 5ml,同时用 0.5%麻黄素液滴鼻腔